



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

TABAGISMO E A FUNÇÃO SEXUAL FEMININA

LUÍS PERES

Orientador de Dissertação:
Prof. Doutor Rui Costa

Coordenador de Seminário de Dissertação:
Professor Doutor Rui Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOBIOLOGIA

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Rui Costa apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre em Psicobiologia.

Agradecimentos

A realização desta dissertação é um ponto de referência com um significado muito especial na minha vida. Quero agradecer àqueles que contribuíram, de modo decisivo, para a sua concretização:

Ao **Prof. Doutor Rui Costa**, o meu Orientador, pela sua disponibilidade, pela sua ajuda e motivação e por me ter transmitido muito conhecimento, sobre o tema desta dissertação.

Ao **Professor Doutor Rui Oliveira**, o Coordenador de Seminário de Dissertação, pelo seu constante apoio e por sempre estimular o meu interesse pelo conhecimento.

À **Prof. Doutora Teresa Oliveira**, pela sua presença e estímulo em todos os momentos importantes da minha vida académica.

À **Susana**, pelo carinho, pela amizade, pela motivação e por sempre ter acreditado em mim.

Tabagismo e a Função Sexual Feminina

Resumo

Tabagismo é factor de risco da disfunção erétil, mas a investigação sobre relações entre tabagismo e dificuldades sexuais femininas tem produzido muitos resultados nulos. Outra linha de investigação mostra que frequência e capacidade de orgasmo no coito vaginal são os comportamentos sexuais mais consistentemente associados a melhor função sexual. Contudo, maioritariamente, os estudos sobre as relações entre função sexual feminina e tabagismo não especificam comportamentos sexuais. O objectivo do presente estudo foi examinar numa amostra de conveniência de 145 mulheres portuguesas se ser fumadora estava associado a dificuldades sexuais, ora especificando, ora não, se ocorriam durante o coito. Também foi examinado se o grau de dependência pela nicotina se associava a dificuldades sexuais. Foi utilizada uma versão portuguesa do Female Sexual Function Index (FSFI), que inclui seis dimensões da função sexual feminina (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Foi criado um questionário baseado no FSFI especificando o funcionamento durante o coito. Avaliou-se o grau de dependência pela nicotina com uma versão portuguesa do Fageström Test for Nicotine Dependence. Quer no subgrupo com coito no último mês, quer no subgrupo com alguma atividade sexual no mesmo período, não se verificou que fumar estivesse associado a pior função sexual. Contudo, entre as fumadoras, desejo por coito e desejo sexual em geral associaram-se a menor grau de dependência pela nicotina. Em geral, os resultados confluem com o grande número de estudos que falham em demonstrar associações entre tabagismo e dificuldades sexuais femininas. Razões para tal e indicações para investigação futura são discutidas.

Palavras chave: tabagismo, função sexual feminina

Smoking and the Female Sexual Function

Abstract

Smoking is a risk factor for erectile dysfunction, but research on smoking and female sexual difficulties have yielded many null findings. Other line of investigation shows that frequency of, and orgasm ability from, penile-vaginal intercourse (PVI) are the sexual behaviors most consistently associated with better sexual function. However, the majority of studies on smoking and female sexual function did not differentiate sexual behaviors. The aim of the present study was to examine in a convenience sample of 145 Portuguese women if smoking was related to sexual difficulties either specifying or not if they occurred during PVI. It was also examined if the degree of nicotine dependence was associated with sexual difficulties. Instruments included a Portuguese version of the Female Sexual Function Index (FSFI), which has six dimensions (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain) and a questionnaire based on the FSFI, which specified the sexual functioning during PVI. Nicotine dependence was assessed by a Portuguese version of the Fagestrom Test for Nicotine Dependence. Both in the subgroup with PVI in the past month and in the subgroup with any sexual activity in the same period, smoking was not associated with worse sexual function. However, among the smokers, degree of nicotine dependence was related to lesser sexual desire for PVI and lesser sexual desire in general. Taken together, the results are consistent with a great number of studies that fail to demonstrate associations between smoking and female sexual difficulties. Reasons for such findings and indications for future research are discussed.

Keywords: smoking, female sexual function

INDICE GERAL

Introdução	1
Método	2
Participantes	2
Procedimento	3
Instrumentos	3
Análises Estatísticas	4
Resultados	5
Discussão	10
Conclusão	12
Referências Bibliográficas	13
Anexos	17
Estado da Arte - Revisão de Literatura	17
Questionários	33

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva (dados demográficos)	5
Tabela 2 - Testes-t comparando fumadoras e não fumadoras relativamente ao funcionamento sexual avaliado pelo FSFI no subgrupo das mulheres com atividade sexual no último mês	7
Tabela 3 - Testes-t comparando fumadoras e não fumadoras relativamente ao funcionamento coital no subgrupo das mulheres com coito no último mês	7
Tabela 4 - Testes-t comparando fumadoras e não fumadoras relativamente ao funcionamento sexual avaliado pelo FSFI na amostra total	8
Tabela 5 - Testes-t comparando fumadoras e não fumadoras relativamente ao funcionamento coital na amostra total	8
Tabela 6 - Correlações de Pearson entre dependência do tabaco (TFDN) e funcionamento sexual avaliado pelo FSFI (subgrupo das fumadoras com atividade sexual; $N = 50$)	9
Tabela 7 - Correlações de Pearson entre dependência do tabaco (TFDN) e funcionamento coital (subgrupo das fumadoras com coito no última mês; $N = 50$)	9
Tabela 8 - Correlações de Pearson entre dependência do tabaco (TFDN) e funcionamento sexual (subgrupo das fumadoras; $N = 59$)	10

Introdução

O consumo de tabaco é um importante factor de risco de doenças e mortes a nível mundial (Ehrardt, 2009; Sasco, Secretan, & Straif, 2004). Em Portugal o consumo de tabaco pelas mulheres tem aumentado significativamente. Entre os vários efeitos e correlatos patológicos do tabaco encontra-se a disfunção erétil, já bastante documentada (Cao et al., 2013; Condra, Morales, Owen, & Fenemore, 1986; Harte & Meston, 2008a; 2012; Juenemann et al., 1987; Shabsigh, Fishman, Schum, & Dunn, 1991). Também é importante estudar os efeitos e correlatos do risco de fumar relativamente às dificuldades sexuais femininas.

As várias investigações realizadas sobre as relações entre tabaco e função sexual feminina têm apresentado resultados inconclusivos. Um estudo experimental mostrou que consumo de nicotina através de emplastro reduziu excitação genital em resposta a estímulos sexuais visuais (Harte & Meston, 2008b), o que é congruente com alguns estudos correlacionais que mostram uma associação entre tabagismo e dificuldades sexuais femininas (Aslan, Beji, Gungor, Kadioglu, & Dikencik, 2008; Kim et al., 2011) e, curiosamente, com um estudo numa amostra clínica masculina (com disfunção erétil), que revelou que os homens percebiam as suas companheiras como tendo menos desejo sexual, se estas fossem fumadoras (Corona et al., 2010). Todavia, uma grande maioria de estudos, numa variedade de países, mostra que não há relação entre tabagismo e dificuldades sexuais (Abu, Hajaeri, Khader, Shegem, & Ajlouni, 2008; Amidu et al., 2010; Çayan et al., 2004; Christensen, Gronbaek, Pedersen, Graugaard, & Frish, 2011; Esposito et al., 2007; 2010; Lutfey, Link, Rosen, Wiegel, & McKinley, 2009; Moreira, Kim, Glasser, & Gingell, 2006; Ponholzer, Roehlich, Racz, Temml, & Madersbacher, 2005; Safarinejad, 2006; Shaeer, Shaeer, & Shaeer, 2012), e até existe investigação a mostrar que o consumo de tabaco está associado a menor risco de dificuldades sexuais (Wallwiner et al., 2010).

Uma possível limitação destes estudos é o facto de os comportamentos sexuais não terem sido diferenciados. Na maioria dos casos, pedia-se às mulheres para descreverem a sua função sexual, independentemente das atividades sexuais praticadas. Isto pode ser uma limitação, porque existe investigação (em vários países, inclusive com amostras representativas) que demonstra que a frequência de coito vaginal (ou seja, penetração da vagina pelo pénis; daqui para a frente referido apenas como coito) e/ou a capacidade de ter orgasmo no coito está associada a indicadores de melhor função sexual, incluindo mais satisfação sexual, mais satisfação com a relação, mais desejo sexual, menos risco de perturbação da excitação (com mal-estar) e menos mal-estar sentido em relação a uma disfunção sexual (Brody & Costa, 2009; Brody & Weiss, 2011a; Costa & Brody, 2007;

Nowosielski, Wrobel, Sioma-Markowska, & Pereba, 2013; Nutter & Condrón, 1983; Santtila et al., 2008; Tao & Brody, 2011; Weiss & Brody, 2009). Em contraste, outros comportamentos sexuais surgem frequentemente não relacionados com indicadores de melhor função sexual ou até relacionados com pior função sexual (em especial no caso da masturbação e do sexo anal) (Brody & Costa, 2009; Brody & Weiss, 2011b, Costa & Brody, 2007; Das, 2009; Gerressu et al., 2008; Lau et al., 2006; Nowosielski et al., 2013; Nutter & Condrón, 1983; Santtila et al., 2008; Shaeer et al., 2012; Tao & Brody, 2011; Weiss & Brody, 2009).

Assim, esta investigação tem quatro objectivos:

- 1) Comparar fumadoras e não fumadoras relativamente a várias dimensões da função sexual feminina (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), sem especificar nenhuma atividade sexual, tal como tem sido prática comum realizar.
- 2) Comparar fumadoras e não fumadoras relativamente a várias dimensões da função sexual especificando o coito (desejo por coito e excitação, lubrificação e orgasmo durante o coito)
- 3) No subgrupo das mulheres fumadoras, examinar a relação entre o grau de dependência pela nicotina e as acima referidas dimensões da função sexual, sem especificar nenhum comportamento sexual
- 4) No subgrupo das mulheres fumadoras, examinar a relação entre o grau de dependência pela nicotina e vários aspectos do funcionamento sexual durante o coito em particular.

Método

Participantes

O presente estudo foi baseado numa amostra de conveniência de 150 mulheres portuguesas, recrutadas através duma rede social constituída a partir dos contactos pessoais do investigador. Depois de receberem informação sobre o objetivo do estudo e assinarem o consentimento informado foi pedido às participantes que respondessem a um grupo de questões que lhes foi apresentada na forma de questionário em papel. A recolha de dados através do preenchimento dos inquéritos teve lugar entre Janeiro e Abril de 2013.

A amostra final consistiu de 145 mulheres, pois cinco foram excluídas devido a contradições grosseiras no questionário, o que sugere que este não foi levado a sério ou preenchido com a devida atenção (nomeadamente, relataram que não tinham tido atividade sexual no mês precedente, mas relataram ter tido coito).

Procedimento

Perguntou-se às participantes se fumavam ou não. Às participantes também foi pedido que fornecessem os seguintes dados demográficos: idade, habilitações literárias, profissão ou ocupação, rendimento anual, origem ou etnia, zona e meio de residência, estado civil, orientação sexual, menopausa, existência ou não de parceiro sexual regular. No caso de haver parceiro regular, perguntou-se a idade deste, a duração da relação e tipo de relação mantida: para esta última questão as opções foram: marital, união de facto, namoro, coabitação ou outra (neste caso, pediu-se para especificar).

Instrumentos

Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). Este questionário só foi preenchido pelas participantes fumadoras. É um instrumento standard para avaliação do grau de dependência à nicotina. O teste é constituído por 6 perguntas sobre os hábitos e dificuldades do dia-a-dia de fumadora. As respostas são valorizadas de 0 a 3 pontos sendo que, quanto mais alto for o valor total da soma de todas as respostas mais intensa será a dependência física da nicotina. Foi utilizada uma versão validada portuguesa (Ferreira, Quintal, Lopes, & Taveira, 2009).

Female Sexual Function Index (FSFI). Este instrumento compõe-se de 19 perguntas agrupadas em seis áreas: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e coito difícil ou doloroso (Rosen et al., 2000). É utilizado para avaliar a função sexual feminina nas 4 semanas anteriores. Cada questão fornece um valor de avaliação entre 0 e 5. Os resultados obtidos para as questões em cada dimensão são somados e multiplicados por um peso específico para cada factor. Maiores pontuações indicam melhor funcionamento sexual. O resultado total do FSFI é a soma dos resultados obtidos para cada área. Um resultado total de FSFI inferior a 26.55 sugere uma disfunção sexual (Wiegel, Meston, & Rosen, 2005). Neste estudo, foi utilizada a versão validada portuguesa (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009).

Questionário de Funcionamento Coital (QFC). Para avaliar o funcionamento sexual especificamente durante o coito, fez-se uma modificação ao FSFI para as dimensões desejo, lubrificação, excitação e orgasmo, em que se pediu às participantes para indicarem o seu funcionamento sexual nestas áreas especificamente durante o coito, ou indicarem que não tinham tido coito. A dimensão de dor não foi modificada, porque no FSFI, já se refere especificamente à dor no coito. A dimensão de satisfação também não foi alterada porque foca a satisfação com a vida sexual e a satisfação com a relação com o parceiro.

Beck Depression Inventory (BDI). Este é um inquérito para avaliar o estado depressivo dos indivíduos. É constituído por 21 itens, com pelo menos quatro opções de

resposta possíveis para cada item. Este teste avalia como é que os indivíduos se têm sentido durante a última semana nas áreas cognitiva, emocional e motivacional. Foi utilizada a versão validada portuguesa (Serra, Firmino, Mira, Silva, & Fernandes, 1989).

Adicionalmente, houve questões sobre consumo de bebidas alcoólicas, uso de medicamentos antidepressivos e de contraceptivos hormonais (orais ou não) e frequência de uso do preservativo durante o coito (para detalhes consultar o questionário no Anexo 2)

Todos os questionários podem ser consultados no Anexo 2.

Análises estatísticas

Foi utilizado o teste do χ^2 para examinar a relação entre ser fumadora e ter tido coito ou atividade sexual em geral no mês precedente.

Foram utilizados testes-t para examinar as relações entre ser fumadora e o funcionamento sexual (durante o coito e durante a atividades sexual em geral)

Para o subgrupo das fumadoras, foram utilizadas correlações (r de Pearson) para testar se o grau de dependência da nicotina está associado ao funcionamento sexual (durante o coito e durante a atividade sexual em geral).

Resultados

A estatística descritiva para os dados demográficos vem representada na Tabela 1.

Tabela 1 Estatística descritiva (dados demográficos)

	Média (DP) ou %	Mínimo – Máximo
Idade (anos)	30.82 (10.08)	18 – 61
Existência de parceiro regular	64.1	
Idade do parceiro	35.36 (11.10)	18 – 63
Duração da relação (meses)	82.67 (91.49)	2 – 497
Uso de anticoncepcionais hormonais	56.6	
Consumo de antidepressivos	6.2	
<i>Habilitações literárias</i>		
Sem estudos	0	
1º ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)	0	
2º ciclo (5º e 6º ano)	1.4	
3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)	4.8	
Ensino secundário (10º, 11º e 12º ano)	40.0	
Licenciatura	33.1	
Pós-licenciatura	13.1	
Outros estudos	7.6	
<i>Profissão/ocupação</i>		
Ativa	64.8	
Desempregada	2.1	
Reformada	0.7	
Estudante	32.4	
<i>Rendimento médio anual bruto</i>		
Menos de 5,000 euros	37.2	
5,000 – 12,000 euros	28.3	
12,000 – 18,000 euros	13.8	
18,000 – 24,000 euros	11.0	
Mais de 24,000 euros	9.7	
<i>Origem ou etnia</i>		
Caucasiana/branca	94.5	
Negra	2.8	
Asiática	0	
Latino-Americana	1.4	
Outra	1.4	
<i>Zona de residência atual</i>		
Norte	22.8	

Centro	64.1
Sul	13.1
Açores	0
Madeira	0
<i>Meio</i>	
Rural	9.0
Urbano	91.0
<i>Estado civil</i>	
Casado ou em união de facto	33.8
Solteira	54.5
Viúva	1.4
Separada ou divorciada	10.3
<i>Sexualidade melhor descrita como:</i>	
Só com o sexo oposto	93.8
Principalmente com o sexo oposto	4.1
Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo	0.7
Principalmente com o mesmo sexo	0
Só com o mesmo sexo	1.4
<i>DP = desvio padrão</i>	

Na presente amostra, 59 mulheres (40.7%) relataram ser fumadoras. O coito foi praticado por 105 (72.4%), e 109 (75.2%) relataram ter tido algum tipo de atividade sexual. No grupo das mulheres com coito, 50 relataram ser fumadoras. No grupo das mulheres com atividade sexual, igualmente 50 relataram ser fumadoras. Verificou-se que no grupo das fumadoras há uma proporção significativamente maior de mulheres sexualmente ativas, quer relativamente ao coito ($\chi^2 = 7.57, p = .006$), quer relativamente à atividade sexual em geral ($\chi^2 = 4.89, p = .03$).

No subgrupo das mulheres que tiveram coito, não se verificou nenhuma associação significativa entre ser fumadora e o funcionamento coital (avaliado pelo QFC). No grupo das mulheres com algum tipo de atividade sexual, não se verificou nenhuma relação significativa entre ser fumadora e o funcionamento sexual (avaliado pelo FSFI). Em ambos os casos, isto aplica-se às dimensões componentes do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, assim como às pontuações totais. Quando as análises foram realizadas para a amostra total, verificou-se que as fumadoras tiveram pontuações superiores na escala de orgasmo e de dor do FSFI, assim como maior pontuação total no FSFI (portanto, indicativo de melhor função sexual). Adicionalmente, verificou-se que as fumadoras também relataram ter maior desejo por coito, maior excitação durante o coito, melhor lubrificação durante o coito e maior

capacidade de atingir o orgasmo no coito, assim como tiveram uma pontuação superior no QFC.

Tabela 2 Testes-t comparando fumadoras e não fumadoras relativamente ao funcionamento sexual avaliado pelo FSFI no subgrupo das mulheres com atividade sexual no último mês

	Não-fumadoras	Fumadoras	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média (<i>DP</i>)	Média (<i>DP</i>)		
	<i>N</i> = 59	<i>N</i> = 50		
Desejo	4.41 (.97)	4.24 (1.14)	.98	.33
Excitação	4.98 (.92)	4.79 (1.01)	1.04	.30
Lubrificação	5.50 (1.05)	5.26 (.95)	1.27	.25
Orgasmo	5.15 (1.21)	5.14 (1.14)	.07	.94
Satisfação	5.29 (1.06)	5.18 (.92)	.62	.64
Dor	5.06 (1.72)	5.33 (1.02)	.96	.33
FSFI (pontuação total)	30.40 (5.01)	29.92 (5.11)	.50	.62

FSFI = Female Sexual Function Index

DP = desvio-padrão

Tabela 3 Testes-t comparando fumadoras e não fumadoras relativamente ao funcionamento coital no subgrupo das mulheres com coito no último mês

	Não-fumadoras	Fumadoras	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média (<i>DP</i>)	Média (<i>DP</i>)		
	<i>N</i> = 55	<i>N</i> = 50		
Desejo por coito	4.76 (.93)	4.68 (1.16)	.37	.71
Excitação no coito	5.14 (.86)	5.08 (.86)	.34	.74
Lubrificação no coito	5.57 (.67)	5.43 (.82)	.96	.34
Orgasmo no coito	4.87 (1.22)	5.22 (.99)	1.63	.11
Satisfação	5.29 (1.09)	5.18 (.92)	.60	.55
Dor	5.43 (1.07)	5.33 (1.02)	.48	.64
QFC (pontuação total)	31.05 (4.00)	30.86 (4.79)	.22	.83

QFC = Questionário de funcionamento coital

DP = desvio-padrão

Tabela 4 Testes-t comparando fumadoras e não fumadoras relativamente ao funcionamento sexual avaliado pelo FSFI na amostra total

	Não-fumadoras	Fumadoras	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média (<i>DP</i>)	Média (<i>DP</i>)		
	<i>N</i> = 86	<i>N</i> = 59		
Desejo	3.81 (1.34)	4.12 (1.27)	1.39	.17
Excitação	3.43 (2.43)	4.06 (1.97)	1.64	.10
Lubrificação	3.83 (2.68)	4.45 (2.10)	1.51	.13
Orgasmo	3.53 (2.60)	4.45 (2.00)	2.29	.02
Satisfação	4.13 (2.02)	4.63 (1.61)	1.59	.11
Dor	3.59 (2.72)	4.51 (2.15)	2.20	.03
FSFI (pontuação total)	22.25 (12.83)	26.23 (10.03)	2.00	.048

FSFI = Female Sexual Function Index

DP = desvio-padrão

Tabela 5 Testes-t comparando fumadoras e não fumadoras relativamente ao funcionamento coital na amostra total

	Não-fumadoras	Fumadoras	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média (<i>DP</i>)	Média (<i>DP</i>)		
	<i>N</i> = 86	<i>N</i> = 59		
Desejo por coito	3.94 (1.47)	4.50 (1.39)	2.27	.02
Excitação no coito	3.29 (2.57)	4.31 (2.01)	2.56	.01
Lubrificação no coito	3.56 (2.74)	4.60 (2.11)	2.46	.02
Orgasmo no coito	3.11 (2.54)	4.41 (2.11)	3.22	.002
Satisfação	4.13 (2.02)	4.63 (1.61)	1.59	.11
Dor	3.59 (2.72)	4.72 (2.15)	2.20	.03
QFC (pontuação total)	21.61 (13.12)	26.86 (10.45)	2.55	.01

QFC = Questionário de funcionamento coital

DP = desvio-padrão

No subgrupo das mulheres fumadoras e que tiveram coito (*N* = 50), verificou-se que o grau de dependência à nicotina se correlaciona inversamente com o desejo pelo coito. Não se verificaram outras relações significativas entre as restantes diferentes dimensões do

funcionamento coital, assim como na pontuação total do QFC. No subgrupo das mulheres fumadoras que tiveram algum tipo de atividade sexual ($N = 50$), não se verificaram correlações significativas entre as dimensões e a pontuação total do FSFI. Para a amostra total, a dependência da nicotina correlacionou-se inversamente com o desejo sexual avaliado pelo FSFI e pelo desejo por coito.

Tabela 6 Correlações de Pearson entre dependência do tabaco (TFDN) e funcionamento sexual avaliado pelo FSFI (subgrupo das fumadoras com atividade sexual; $N = 50$)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Desejo	-.14	.34
Excitação	-.11	.46
Lubrificação	-.15	.30
Orgasmo	.08	.61
Satisfação	-.03	.85
Dor	-.09	.53
FSFI (pontuação total)	-.09	.55

TFDN = Teste de Fagerstrom para a Dependência da Nicotina

FSFI = Female Sexual Function Index

Tabela 7 Correlações de Pearson entre dependência do tabaco (TFDN) e funcionamento coital (subgrupo das fumadoras com coito no última mês; $N = 50$)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Desejo por coito	-.32	.02
Excitação no coito	-.10	.50
Lubrificação no coito	-.16	.26
Orgasmo no coito	.03	.82
Satisfação	-.03	.85
Dor	-.09	.53
QFC (pontuação total)	-.13	.36

TFDN = Teste de Fagerstrom para a Dependência da Nicotina

QFC = Questionário de Funcionamento Coital

Tabela 8 Correlações de Pearson entre dependência do tabaco (TFDN) e funcionamento sexual (subgrupo das fumadoras; $N = 59$)

	<i>r</i>	<i>p</i>
Desejo (FSFI)	-.26	.04
Excitação (FSFI)	-.15	.26
Lubrificação (FSFI)	-.16	.21
Orgasm (FSFI)	-.06	.63
Satisfação (FSFI)	-.19	.16
Dor (FSFI)	-.14	.28
FSFI (pontuação total)	-.17	.20
Desejo por coito	-.34	.008
Excitação no coito	-.15	.27
Lubrificação no coito	-.16	.22
Orgasmo no coito	-.09	.49
QFC (pontuação total)	-.18	.18

No subgrupo das mulheres que tiveram atividade sexual, 17.4% tiveram resultados no FSFI sugestivos de disfunção sexual. Contudo, o risco de disfunção sexual não se relaciona com ser fumadora ($\chi^2 = 2.64$, $p = .10$), nem com o grau de dependência da nicotina ($t = .42$, $p = .68$). A repetição destas análises para a amostra total também não produziu resultados significativamente diferentes.

Discussão

Neste estudo, no grupo das mulheres com atividade sexual não se confirmou que fumar está associado a pior função sexual, nem mesmo quando se especifica a sua função durante o coito. Mais ainda, para a amostra total, as fumadoras relataram melhor função sexual em geral (medida pelo FSFI), maior desejo sexual, maior desejo por coito, maior excitação durante o coito, melhor lubrificação durante o coito, maior capacidade de ter orgasmo no coito e menos dor durante o coito. Contudo, o FSFI (e também o QFC) pontua a ausência de atividade sexual com zero (o valor mínimo) e como tal a ausência de comportamento sexual no último mês nestes questionários é indicadora de pior função sexual. Isto nem sempre poder acontecer, uma vez que há razões para a ausência de atividade sexual, que não problemas sexuais. Portanto, os resultados obtidos nos subgrupos com atividade

sexual são talvez mais reveladores.

A dependência da nicotina associou-se a menos desejo sexual e menos desejo por coito. Estes resultados no contexto dos referidos no parágrafo anterior poderão indicar que um grau moderado de consumo de tabaco poderá não ter efeitos negativos na função sexual, mas uma dependência mais marcada já poderá ter. Todavia é de assinalar que os nossos resultados são correlacionais e portanto não se pode inferir relações de causalidade. Também é de referir que se obtiveram relações negativas entre a dependência do tabaco e o desejo, mas não para as restantes dimensões do funcionamento sexual. Dado o grande número de comparações é possível que estes resultados significativos tenham sido obtidos por acaso. Contudo, as correlações não significativas entre a dependência da nicotina e muitas das restantes dimensões da função sexual têm um efeito estatístico (r de Pearson) superior a 0.14, o que poderá sugerir que existe uma relação modesta (Cohen, 1992) entre o grau de dependência do tabaco e problemas sexuais nas mulheres, mas esta hipótese requererá uma amostra maior para poder ser testada. Para além disso, o grande número destas correlações não significativas, mas com efeitos (r de Pearson) superiores a 0.14, só foi obtido na amostra total. Tal como foi discutido acima, esta amostra pode incluir várias mulheres erradamente consideradas como tendo problemas sexuais.

Não se verificou uma associação entre maior risco de disfunção sexual e dependência da nicotina.

Globalmente, estes resultados são consistentes com um vasto conjunto de estudos realizados com mulheres que não demonstram associações diretas entre tabagismo e dificuldades sexuais (Abu, Hajaeri, Khader, Shegem, & Ajlouni, 2008; Amidu et al., 2010; Çayan et al., 2004; Christensen, Gronbaek, Pedersen, Graugaard, & Frish, 2011; Esposito et al., 2007; 2010; Lutfey, Link, Rosen, Wiegel, & McKinley, 2009; Moreira, Kim, Glasser, & Gingell, 2006; Ponholzer, Roehlich, Racz, Temml, & Madersbacher, 2005; Safarinejad, 2006; Shaeer, Shaeer, & Shaeer, 2012; Wallwiner et al., 2010).

Este padrão de resultados parece ser incongruente com o obtido para a relação entre tabagismo e disfunção erétil. Possíveis explicações incluem um possível efeito protetor do estradiol contra os efeitos negativos da nicotina sobre a biodisponibilidade de óxido nítrico nos genitais (El-Seweidy Mohamed, Asker, & Atteia, 2012). Esta hipótese é sustentada por um estudo em animais (*rats*), em que foi demonstrado num estudo em fêmeas ovariectomizadas, em um grupo a que foi administrada nicotina foi comparado com outra a que foi administrado estradiol e nicotina. Verificou-se que a administração de estradiol impedia uma série de efeitos alterações disfuncionais no endotélio produzidas pela nicotina (El-Seweidy et al., 2012). Estudos futuros poderão testar se os efeitos negativos da nicotina na

função sexual são mais acentuados nas mulheres na menopausa, ou se nas mulheres na menopausa são menos acentuadas nas que fazem terapia hormonal de substituição. Nas mulheres em idade fértil, também se poderá tentar verificar que os níveis de estradiol moderam a relação entre tabagismo e problemas sexuais.

Outra explicação para a ausência de resultados significativos nas mulheres poderá prender-se com o facto de dificuldades na percepção das emoções estarem associadas a disfunções sexuais, quer em homens, quer em mulheres (Madioni & Mammana, 2001). Uma vez que o tabaco pode ser utilizado para suprimir a consciência de estados disfóricos e dos problemas associados (Carlton, Jouvent, & Widlocher, 1994; Comeau, Stewart, & Loba, 2001), algumas pessoas, que fazem utilização desta forma desadaptativa de *coping*, podem ter problemas sexuais (pelo em menos em parte) devido às suas estratégias de afrontar os *stressores*, suprimindo-os da consciência (Leonard, Iverson, & Follete, 2008; Madioni & Mammana, 2001) (sendo o consumo de tabaco uma destas estratégias), e não só devidos aos possíveis efeitos da nicotina na disfunção endotelial (nos genitais). É possível que os homens utilizem mais frequentemente o consumo de substâncias para fazer face aos seus problemas; tal é consistente com a investigação que mostra que os homens consomem em média mais substâncias do que as mulheres (APA, 1994). A investigação futura deverá examinar avaliar as diferentes motivações para o consumo de tabaco e testar se fumar para evitar a consciência de estados disfóricos modera a relação entre tabagismo e função sexual.

Dada a natureza correlacional dos presentes resultados (assim como a da grande maioria dos estudos), não é possível excluir a hipótese de que para algumas mulheres fumar seja o resultado de uma dificuldade sexual. Neste sentido, o mal-estar provocado pela dificuldade sexual poderia aumentar a motivação para fumar de modo a diminuir a disforia.

Limitações do estudo incluem este ter sido feito com uma amostra de conveniência. Estudos futuros deverão utilizar amostras representativas e maiores, assim como testar possíveis factores moderadores.

Conclusão

O presente estudo é consistente com uma vasta literatura que não revela associações significativas entre tabagismo e problemas sexuais femininos.

Referências

- Abu Ali, R. M., Al Hajeri, R. M., Khader, Y. S., Shegem, N. S., & Ajlouni, K. M. (2008). Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women. *Diabetes Care*, 31, 1580-1581.
- Amidu, N., Owiredun, W. K., Woode, E., Addai-Mensah, O., Quaye, L., Alhassan, A., & Tagoe, E. A. (2010). Incidence of sexual dysfunction: A prospective survey in Ghanaian females. *Reproductive Biology and Endocrinology : RB&E*, 8, 106.
- APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Edition). Washington DC: American Psychiatric Association (p. 188).
- Aslan, E., Beji, N. K., Gungor, I., Kadioglu, A., & Dikencik, B. K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2044-2052.
- Brody, S., & Costa, R. M. (2009). Satisfaction (sexual, life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1947-1954.
- Brody, S., & Weiss, P. (2011a). Simultaneous penile-vaginal intercourse orgasm is associated with satisfaction (sexual, life, partnership, and mental health). *Journal of Sexual Medicine*, 8, 734-741.
- Brody, S., & Weiss, P. (2011b). Heterosexual anal intercourse: Increasing prevalence, and association with sexual dysfunction, bisexual behavior, and venereal disease history. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37, 298-306.
- Cao, S., Yin, X., Wang, Y., Zhou, H., Song, F., & Lu, Z. (2013). Smoking and risk of erectile dysfunction: Systematic review of observational studies with meta-analysis. *PloS One*, 8, e60443.
- Carlton, S., Jouvent, R., & Widlöcher, D. (1994). Nicotine dependence and motives for smoking in depression. *Journal of Substance Abuse*, 6, 67-76.
- Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72, 52-57.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1903-1916.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety

- sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26, 803-825.
- Condra, M., Morales, A., Owen, J. A., Surridge, D. H., & Fenemore, J. (1986). Prevalence and significance of tobacco smoking in impotence. *Urology*, 27, 495-498.
- Corona, G., Bandini, E., Fisher, A., Elisa, M., Boddi, V., Balercia, G., . . . Maggi, M. (2010). Psychobiological correlates of women's sexual interest as perceived by patients with erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2174-2183.
- Costa, R. M., & Brody, S. (2007). Women's relationship quality is associated with specifically penile-vaginal intercourse orgasm and frequency. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 319-327.
- Das, A., Parish, W. L., & Laumann, E. O. (2009). Masturbation in urban china. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 108-120.
- El-Seweidy, M. M., Mohamed, H. E., Asker, M. E., & Atteia, H. H. (2012). Nicotine and vascular endothelial dysfunction in female ovariectomized rats: Role of estrogen replacement therapy. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 64, 108-119.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., . . . Giugliano, D. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19, 353-357.
- Erhardt, L. (2009). Cigarette smoking: An undertreated risk factor for cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 205, 23-32.
- Esposito, K., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., & Giugliano, D. (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22, 179-84.
- Ferreira, P. L., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerstrom. *Dependência Tabágica*, 27, 37-56.
- Gerressu, M., Mercer, C. H., Graham, C. A., Wellings, K., & Johnson, A. M. (2008). Prevalence of masturbation and associated factors in a British national probability survey. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 266-278.
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008a). Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 110-221.
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008b). The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1184-1197.

- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2012). Association between smoking cessation and sexual health in men. *BJU International*, 109, 888-896.
- Juenemann, K. P., Lue, T. F., Luo, J. A., Benowitz, N. L., Abozeid, M., & Tanagho, E. A. (1987). The effect of cigarette smoking on penile erection. *The Journal of Urology*, 138, 438-441.
- Kim, Y. H., Kim, S. M., Kim, J. J., Cho, I. S., & Jeon, M. J. (2011). Does metabolic syndrome impair sexual function in middle- to old-aged women? *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1123-1130.
- Lau, J. T., Cheng, Y., Wang, Q., & Yang, X. (2006). Prevalence and correlates of sexual dysfunction among young adult married women in rural China: A population-based study. *International Journal of Impotence Research*, 18, 89-97.
- Leonard, L. M., Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual functioning and sexual satisfaction among women who report a history of childhood and/or adolescent sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 375-84.
- Lutfey, K. E., Link, C. L., Rosen, R. C., Wiegel, M., & McKinlay, J. B. (2009). Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston area community health (BACH) survey. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 514-527.
- Madioni, F., & Mammana, L. A. (2001). Toronto alexithymia scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*, 34, 95-98.
- Moreira, E. D., Kim, S. C., Glasser, D., & Gingell, C. (2006). Sexual activity, prevalence of sexual problems, and associated help-seeking patterns in men and women aged 40-80 years in Korea: Data from the global study of sexual attitudes and behaviors (GSSAB). *Journal of Sexual Medicine*, 3, 201-211.
- Nowosielski, K., Wróbel, B., Sioma-Markowska, U., & Poręba, R. (2013). Sexual dysfunction and distress-development of a Polish version of the female sexual distress scale-revised. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1304-12.
- Nutter, D. E., & Condrón, M. K. (1983). Sexual fantasy and activity patterns of females with inhibited sexual desire versus normal controls. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 9, 276-282.
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino. *Laboratório de Psicologia*, 7, 33-44.
- Ponholzer, A., Roehlich, M., Racz, U., Temml, C., & Madersbacher, S. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy austrian cohort: Prevalence and risk factors. *European Urology*, 47, 366-374; discussion 374-375.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., . . . D'Agostino, R.

- (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 18, 382-395.
- Santtila, P., Wager, I., Witting, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., . . . Sandnabba, N. K. (2008). Discrepancies between sexual desire and sexual activity: Gender differences and associations with relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 29-42.
- Sasco, A. J., Secretan, M. B., & Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: A brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cance*, 45 (Suppl 2), S3-S9.
- Serra, A. V., Firmino, H., Mira, M., Silva, M., & Fernandes, M. (1989). Estados de tensão emocional, solidão e sentimentos depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 3, 149-155.
- Shabsigh, R., Fishman, I. J., Schum, C., & Dunn, J. K. (1991). Cigarette smoking and other vascular risk factors in vasculogenic impotence. *Urology*, 38, 227-231.
- Shaeer, O., Shaeer, K., & Shaeer, E. (2012). The global online sexuality survey (GOSS): Female sexual dysfunction among internet users in the reproductive age group in the Middle East. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 411-424.
- Tao, P., & Brody, S. (2011). Sexual behavior predictors of satisfaction in a Chinese sample. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 455-460.
- Wallwiener, C. W., Wallwiener, L. M., Seeger, H., Mück, A. O., Bitzer, J., & Wallwiener, M. (2010). Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2139-2148.
- Weiss, P., & Brody, S. (2009). Female sexual arousal disorder with and without a distress criterion: Prevalence and correlates in a representative Czech sample. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 3385-3394.
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 1-20.

Anexo 1

Revisão Bibliográfica

Tabagismo e a função sexual feminina

O tabaco está entre as substâncias legais mais comumente consumidas. A nicotina pode produzir estados de tranquilidade e agudeza de pensamento.. Também é uma substância com grande poder de provocar dependência.

Para além disso, o tabagismo é factor de risco para várias doenças (inclusive doenças mortais), tais como doenças cardiovasculares (Ehrardt, 2009) e vários tipos de cancro (Sasco, Secretan, & Straif, 2004).

No ano de 2005 a percentagem de fumadores entre a população portuguesa era de 39,9%, sendo 28,7% homens e 11,2% mulheres. Enquanto que a percentagem de homens fumadores diminui em relação a 1999 de 32% para 28,7% as fumadoras aumentaram de 10,1% para 11,2% (Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006).

Porque é que o tabagismo pode ser nefasto para a função sexual?

A investigação também tem mostrado que o tabagismo é factor de risco da disfunção erétil (Condra, Morales, Owen, & Fenemore, 1986; Juenemann et al., 1987; Shabsigh, Fishman, Schum, & Dunn, 1991). Uma recente meta-análise (incluindo estudos longitudinais) mostrou que fumar pode aumentar o risco de disfunção erétil (Cao et al, 2013), e que comparados com os homens que nunca fumaram, os fumadores têm 1,5 vezes mais probabilidades de reportarem disfunção erétil, e os ex-fumadores têm 1.29 mais probabilidade (Cao et al., 2013). Estes resultados são congruentes com investigação que demonstra que comparativamente a homens que tentaram deixar de fumar e não conseguiram, os homens que realmente deixaram de fumar melhoraram a sua função erétil (Harte & Meston, 2012), e com investigação experimental em homens sexualmente funcionais revelando que o consumo de nicotina (através de pastilhas) atenua a resposta erétil a estímulos sexuais visuais (Harte & Meston, 2008a). Estes efeitos têm sido atribuídos aos efeitos negativos da nicotina na biodisponibilidade de óxido nítrico no pénis, perturbando assim o processo de vasocongestão

que permite a ereção (Tostes et al., 2008).

Contudo, há estudos que contradizem esta perspectiva. Por exemplo, homens que deixam de fumar, mas continuam a consumir nicotina através de emplastro, melhoram a sua função erétil (Guay, Perez, & Heatley, 1998), e um estudo experimental mostrou que a ereção em resposta a estímulos sexuais visuais é negativamente afectada pelo consumo de dois cigarros sucessivos, mas não pelo consumo de um único cigarro (Gilbert, Hagen, & D'Agostino, 1986), que é uma situação com maior validade ecológica. Isto sugere que pode haver factores relacionados com o tabagismo que afectam a função erétil, independentemente do efeito da nicotina sobre o óxido nítrico. De facto, tem sido proposto que os radicais livres contidos nos cigarros podem provocar danos morfológicos e funcionais no endotélio, prejudicando assim a vasocongestão (Pittilo, 2000).

Efeitos e/ou correlatos psicológicos do tabagismo também não são de descurar; por exemplo, uma motivação para fumar pode ser lidar com emoções negativas através do evitamento da consciência dessas emoções e dos problemas que as causam, dificultando assim a sua resolução efetiva (Carlton, Jouvent, & Widlocher, 1994). Tem sido notado que motivações comuns para fumar são semelhantes a motivações comuns para beber álcool (Comeau, Stewart, & Loba, 2001), isto é, fumar para evitar a consciência de emoções negativas, fumar para aumentar a intensidade dos estados emocionais positivos e fumar por uma questão de conformidade com o meio social envolvente (Comeau et al., 2001). Neste contexto, é de notar que o objectivo de evitar a consciência das emoções negativas através do consumo de álcool tem sido relacionado com traços de personalidade tais como alexitimia (dificuldade em perceber e exprimir emoções) e evitamento experiencial (“*experiential avoidance*”; esforços activos para suprimir conteúdos mentais desagradáveis) (Stewart, Zvolensky, & Eifert, 2002). A dificuldade em estar consciente de uma série de vivências psicológicas, expressas pela alexitimia e pelo evitamento experiencial, está associada a disfunções e dificuldades sexuais em homens e mulheres (Leonard, Iverson, & Follete, 2008; Madioni & Mammana, 2001). Assim, fumar para evitar a consciência de problemas poderá ser um factor contribuinte para problemas sexuais. A investigação futura poderá examinar esta hipótese.

Para além disso, a investigação tem demonstrado que há uma relação entre tabagismo e depressão (Boden, Fergusson & Horwood, 2010). É possível que frequentemente, os fumadores e as fumadoras tenham maior risco de ter problemas sexuais devido mais a uma depressão subjacente (e/ou aos antidepressivos consumidos) do que ao consumo de tabaco em

sim mesmo. A investigação futura deverá abordar estas questões.

A somar a tudo isto, a investigação em animais (*rats, mice*) sugere que o sistema opióide endógeno tem um papel relevante nos efeitos psicoativos da nicotina (Gudehithlu, Duchemin, Tejwani, Neff, & Hadjiconstantinou, 2012; Petruzzello, Falasca, Andren, Rainer, & Zhang, 2013). Isto é particularmente interessante à luz de que o sistema cerebral opióide pode ser um inibidor do comportamento sexual quer consumatório, quer apetitivo, em modelos animais (Argiolas, 1999; Pfaus, 2009). A evidência em humanos vai neste sentido, mas existem resultados contrastantes: por exemplo, ainda que poderosos agonistas dos receptores opióides, como a heroína, tenham uma ação negativa sobre a resposta sexual, a inibição da atividade central opióide com naloxona aumenta o prazer do orgasmo numas mulheres e redu-lo noutras (Gillman & Lichtigfeld, 1983). Em homens, verificou-se que a naloxona reduzia o prazer do orgasmo e a intensidade da excitação sexual (Murphy, Checkley, Seckl, & Lightman, 1999). Baseando-nos em modelos animais, é possível especular que algum grau de atividade opióide central poderá aumentar o prazer sexual para algumas pessoas (Parra-Gámez, Garcia-Hidalgo, & Paredes, 2013), lentificando tanto as fases apetitivas como consumatórias do comportamento sexual. Assim, a investigação futura poderá debruçar-se sobre o modo como a nicotina afecta a função sexual através da sua ação no sistema opióide, e se há factores moderadores.

A excitação sexual em homens e mulheres é um evento neurovascular complexo que promove o relaxamento do músculo liso arterial de entrada nos órgãos genitais, facilitando assim a vasodilatação (Rosen & McKenna, 2002). O óxido nítrico, produzido no interior de células endoteliais genitais foi identificado como sendo o principal neurotransmissor a mediar estes eventos vasculares nos homens (Burnett, Lowenstein, Brecht, Chang, & Snyder, 1992; Kim, Azadzo, Goldstein, & Saenz de Tejada, 1991) e parece ser o principal regulador da hemodinâmica vaginal em mulheres (Kim, et al., 2003).

A dosagem de nicotina conseguida através do ato de fumar tabaco é difícil de controlar. Muitos factores tais como o número de inalações, intensidade e profundidade da inalação assim como o seu volume podem influenciar os níveis de concentração de nicotina no plasma (Herning, Jones, Benowitz, & Mines, 1983).

Considerando que os processos hemodinâmicos de excitação genital em mulheres são semelhantes aos dos homens, e considerando-se que se demonstrou a presença de óxido nítrico no epitélio genital de homens (região peniana) (Rosen & McKenna, 2002) e das

mulheres na região vaginal (D'Amati et al., 2002) e clitoriana (Burnett, Calvin, Silver, Peppas, & Docimo, 1997) pode especular-se que o fumo pode afetar os mecanismos fisiológicos subjacentes á excitação sexual em homens e mulheres da mesma forma. Isto pode ser o resultado de compostos de nicotina e, ou tabaco a exercer os seus efeitos das seguintes formas: (i) de forma centralizada, por induzir efeitos dependentes das doses de neurotransmissores (Pomerleau, 1992) (ii) de forma periférica, agindo como um agonista do sistema nervoso simpático (SNS), ou (iii) por perturbar direta ou indiretamente a síntese que visa precursores bioquímicos. Poderão também existir interações complexas entre estas vias (Sartori, Lepori, & Scherrer, 2005).

O que é que a investigação nos diz sobre as relações entre tabagismo e dificuldades sexuais femininas?

Os estudos que investigaram as relações entre o tabagismo e a função sexual feminina parecem gerar resultados mais inconsistentes do que os estudos sobre a relação entre fumar e disfunção erétil. Um estudo experimental mostrou, em mulheres sexualmente funcionais, que mascar nicotina reduzia a excitação vaginal em resposta a estímulos sexuais visuais (Harte & Meston, 2008b). Esta investigação é consistente com vários estudos epidemiológicos que demonstram uma ligação entre fumar e problemas ou disfunções sexuais na mulher. Numa amostra de 773 mulheres coreanas entre os 40 e os 65 anos (com relações sexuais no último mês), ser fumadora correlacionou-se com mais problemas sexuais avaliados pelo Female Sexual Function Index (FSFI) (Kim et al., 2011). Este instrumento avalia seis dimensões do funcionamento sexual feminino (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). O FSFI tem uma pontuação total resultante da soma destas seis dimensões (Rosen, et al., 2000). Este instrumento tem *cut-off scores*, que são frequentemente usados para determinar a presumível presença de disfunção sexual feminina (Aslan, Beji, Gungor, Kadioglu, & Dikencik, 2008; Esposito et al., 2007; Wigel, Meston, & Rosen, 2005). Neste estudo coreano, ser fumadora associou-se a problemas sexuais reflectidos na pontuação total do FSFI e em problemas em atingir o orgasmo e insatisfação sexual, mas não nas restantes dimensões do questionário (Kim et al., 2011). Num estudo de 1,009 mulheres turcas, as fumadoras tinham mais de probabilidade de ter uma disfunção sexual, avaliada pelo *cut-off score* do FSFI (Aslan et al., 2008). Curiosamente, numa amostra clínica italiana de 2,303 homens com disfunção erétil, verificou-se que estes homens tendiam a perceber as suas parceiras como tendo menos desejo sexual, se estas fossem fumadoras (“*smoking abuse*”) (Corona et al., 2010).

Contudo, um grande número de investigações mostra que não há relação entre fumar e

problemas sexuais femininos. Num grupo de 1,137 mulheres jordanas casadas (613 eram diabéticas), ser fumadora não se correlacionou com problemas sexuais avaliados pelo FSFI (nas dimensões do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, ou dor), nem na pontuação total do FSFI que resulta da soma destas dimensões (Abu, Hajaeri, Khader, Shegem, & Ajlouni, 2008). De forma semelhante, numa amostra de 595 mulheres italianas diabéticas, ser fumadora não se associou à presença duma disfunção avaliada pelo FSFI (Esposito et al., 2010). Numa amostra de 301 mulheres ganesas, comparativamente com as não-fumadoras, as que fumavam pelo menos um cigarro por dia não relataram mais problemas sexuais avaliados pelo Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; que compreende dimensões de vaginismo, anorgasmia, não-consensualidade, insatisfação sexual, dificuldades de comunicação com o parceiro, infrequência de atividade sexual e evitamento do sexo) (Amidu et al., 2010). Numa outra amostra turca de 179 mulheres, ter alguma vez fumado na vida não se correlacionou com problemas sexuais avaliados pela pontuação total do FSFI (Çayan et al., 2004).

Numa amostra representativa dinamarquesa de 2,979 mulheres, verificou-se que apesar de as fumadoras terem mais probabilidade de estarem sexual inativas no último ano, não havia diferenças entre fumadoras, ex-fumadoras e mulheres que nunca haviam fumado relativamente a problemas sexuais (problemas de lubrificação, anorgasmia, dispareunia, vaginismo) (Christensen, Gronbaek, Pedersen, Graugaard, & Frish, 2011). Numa amostra de conveniência de 118 mulheres italianas com um parceiro sexual regular, ser fumadora não se correlacionou com ter uma disfunção sexual (avaliada pelo FSFI) (Esposito et al., 2007). Numa amostra de 3,205 mulheres americanas da área de Boston, as fumadoras, as ex-fumadoras e as que nunca fumaram não se diferenciaram relativamente aos *scores* do FSFI (Lutfey, Link, Rosen, Wiegel, & McKinley, 2009). Contudo, quando a amostra foi dividida em etnias (branca, hispânica e negra), somente para as mulheres negras é que se verificou que as ex-fumadoras tinham menos probabilidade de ter problemas sexuais do que as que nunca tinham fumado. Curiosamente, mesmo no subgrupo das mulheres negras, as fumadoras não se diferenciaram das que nunca fumaram (Lutfey et al., 2009). Numa amostra de 600 mulheres coreanas (entre os 40 e os 80 anos), as mulheres que nunca fumaram não se diferenciaram das que fumam ou alguma vez fumaram relativamente a dificuldades em atingir o orgasmo, falta de desejo sexual e dificuldades de lubrificação (Moreira, Kim, Glasser, & Gingell, 2006). Numa amostra de 703 mulheres austríacas, ser fumadora não se correlacionou com medidas de disfunção sexual, incluindo, perturbação do desejo sexual (i. e., desejo sexual hipoativo), perturbação da excitação sexual, perturbação orgásmica (Ponholzer, Roehlich, Racz, Temml,

& Madersbacher, 2005). Ser fumadora também não se correlacionou com a frequência de relações sexuais nem com a importância atribuída à vida sexual (Ponholzer et al., 2005). Numa amostra clínica de pessoas (de ambos os sexos) que foram sujeitas a traumas e são presentemente fumadoras, a quantidade de cigarros fumados por dia não se associou a problemas sexuais medidos pelo GRISS (pontuação total) nem pela pontuação da subescala de insatisfação sexual (Rellini, Vujanovic, & Zvolensky, 2010). Neste estudo, a insatisfação sexual apareceu associada à quantidade de cigarros fumados após se controlar o grau de afecto negativo e o tipo de trauma (sexual ou não-sexual); todavia, não é claro o significado desta abordagem estatística. Mesmo com esta abordagem estatística, a quantidade de cigarros fumados não se correlacionou com a escala total do GRISS (Rellini et al., 2010). Numa amostra iraniana de mais de 2,626 mulheres, ter alguma vez fumado não se correlacionou com nenhum problema sexual; mais especificamente não se correlacionou com nenhuma das dimensões do FSFI (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, dor e satisfação) (Safarinejad, 2006). Numa amostra de 344 mulheres árabes com atividade coital regular, recolhida através de questionário online, ser fumadora não se correlacionou com presença de disfunção sexual, avaliada pelo FSFI (Shaeer, Shaeer, & Shaeer, 2012).

Para além disso, num estudo com 1,086 mulheres alemãs, as fumadoras tiveram uma pontuação no FSFI total indicativo de melhor função sexual (Wallwiner et al., 2010). Os autores interpretaram este resultado não esperado como possivelmente muitas fumadoras serem mulheres com melhor capacidade para se divertirem e como tal com melhor com melhor capacidade para desfrutarem o sexo.

Por que razão há resultados tão díspares nas relações entre tabagismo e função sexual masculina e tabagismo e função sexual feminina? Uma possibilidade poderá ser os maiores níveis de estradiol das mulheres: há investigação em animais (*rats*) que demonstra que o estradiol poderá ser protetor contra os efeitos nefastos da nicotina na biodisponibilidade de óxido nítrico (El-Seweidy, Mohamed, Asker, & Atteia, 2013). Investigação futura em humanos deverá examinar esta possibilidade. Por exemplo, poderá estudar se em mulheres na menopausa, a terapia hormonal de substituição modera a relação entre tabagismo e dificuldades sexuais femininas.

Também é possível que os efeitos nocivos do tabaco sejam explicados por factores mais comuns nos homens, que ainda estão por desvendar; por exemplo, será que os homens usam mais o tabaco para não sentirem emoções negativas? Tal seria congruente com os homens abusarem mais de substâncias do que as mulheres (APA, 1994).

Diferenças entre coital vaginal e outros comportamentos sexuais: implicações para a investigação sobre as relações entre tabagismo e funcionamento sexual feminino

Outra possibilidade que explica a diferença de resultados entre sexos no que toca à relação entre tabagismo e dificuldades sexuais reside numa limitação importante dos instrumentos que avaliam a função sexual feminina. De um modo geral, quando se pede às mulheres para descreverem o seu funcionamento sexual, não se distinguem comportamentos sexuais. Por exemplo, o amplamente usado FSFI pede às mulheres que respondem para pensarem em como se sentem “durante qualquer atividade ou relação sexual”, o que pode incluir coito (pénis-vagina), sexo não coital com parceiro ou mesmo masturbação solitária. Tal limitação dos questionários de função sexual feminina é muito relevante, pois existem correlatos diferentes entre o coito e outros comportamentos sexuais (Brody, 2010), inclusive correlatos relativos à função sexual, os quais serão seguidamente revistos. Nomeadamente, nas mulheres a frequência de coito e a capacidade de atingir orgasmo através do coito estão consistentemente associados a indicadores de melhor função sexual; outros comportamentos sexuais estão menos claramente associados à função sexual, e inclusivamente sexo anal e masturbação solitária têm aparecido associados a pior funcionamento sexual (Brody & Costa, 2009; Brody & Weiss, 2011a, 2011b; Costa & Brody, 2007; Das, 2009; Gerressu, Mercer, Graham, Wellings, & Johnson, 2008; Lau, Cheng, Wang, & Yang, 2006; Nowosielski, Wrobel, Sioma-Markowska, & Pereba, 2013; Nutter & Condrón, 1983; Santtila et al., 2008; Shaeer et al., 2012; Tao & Brody, 2011; Weiss & Brody, 2009). Este padrão de resultados é semelhante para os homens; todavia, os questionários masculinos que avaliam a função erétil não padecem tanto desta limitação, pois requerem que o homem responda em que grau a sua ereção permite a penetração, o que exclui uma série de comportamentos sexuais, ou posto de outra maneira interroga basicamente o homem sobre a sua capacidade de ter coito (pénis-vagina), uma vez que um homem com disfunção erétil consegue receber sexo oral, ser masturbado ou masturbar-se.

Assim, numa amostra representativa com 795 mulheres checas (entre os 35 e os 65 anos de idade), verificou-se que a frequência de coito, consistência com que se atinge o orgasmo pelo coito e consistência com que se atingem orgasmos simultâneos pelo coito associaram-se a maior satisfação sexual e maior satisfação com os relacionamentos (Brody & Weiss, 2011a). Numa outra amostra representativa de 1,000 mulheres checas (entre 18 e os 88 anos de idade), as mulheres que tinham atingido um orgasmo através do coito tinham menos probabilidade de se queixar de perturbação da excitação sexual feminina (problemas com a

lubrificação e a vasocongestão vaginal) acompanhada de mal-estar (Weiss & Brody, 2009); no entanto, a probabilidade de ter uma perturbação da excitação aumentava entre as mulheres que tinham sexo anal mais frequentemente e que já se tinham masturbado (ou dito de outra forma, a risco da perturbação era menor entre as mulheres que nunca se tinham masturbado). As frequências de masturbação, *fellatio* e *cunnilingus* não se relacionaram com o risco da perturbação (Weiss & Brody, 2009). Um outro estudo com esta mesma amostra mostrou que maior frequência sexo anal estava associada a maior risco de alguma vez já ter tido uma disfunção sexual (Brody & Weiss, 2011b). Numa amostra representativa com 1,129 mulheres suecas, maior satisfação com a vida sexual e maior satisfação com os relacionamentos amorosos correlacionaram-se com maior frequência de coito, mas com menor frequência de masturbação, e não se correlacionaram com frequência de sexo oral e sexo anal (Brody & Costa, 2009). Estes resultados não foram explicados por atitudes negativas relativamente à variedade de comportamentos sexuais (avaliada pelo grau de concordância expresso por um item auto-descritivo: “no que toca ao sexo, as pessoas devem fazer o que entendem desde que não perturbem os outros”) (Brody & Costa, 2009). Numa amostra representativa britânica com 6,399 mulheres, a prática de masturbação no último mês relacionou-se com problemas na lubrificação, dificuldades em atingir o orgasmo e ansiedade quanto à performance sexual (Gerressu et al., 2008). Na anteriormente referida amostra de 344 mulheres árabes com atividade coital regular, recolhida através da internet, a existência de disfunção sexual não se correlacionou com a frequência de coito, mas correlacionou-se com a prática de masturbação (Shaeer et al., 2012).

Num estudo americano, comparativamente a mulheres controlo, mulheres com diagnóstico de desejo sexual inibido tinham coito e orgasmo através do coito menos frequentemente, mas os grupos não se diferenciavam relativamente à frequência de orgasmo através da masturbação durante o coito, à frequência de masturbação solitária e à frequência de orgasmo durante a masturbação solitária (Nutter & Condrón, 1983). Numa amostra de 210 mulheres polacas, o grau de mal-estar com uma disfunção sexual correlacionou-se com menor frequência de coito, mas não com a frequência de masturbação nem com a frequência de atividade sexual com o parceiro, medida sem especificar nenhum comportamento sexual (Nowosielski et al., 2013). Numa amostra representativa urbana de 1,434 mulheres chinesas, a prática de masturbação durante o último ano relacionou-se com a existência de dificuldades sexuais (falta de excitação, dificuldades de lubrificação, dispareunia ou anorgasmia (Das, 2009). Os resultados deste estudo são congruentes com os obtidos numa amostra de mais de 1,276 mulheres rurais chinesas, sexualmente ativas, em que a prática de masturbação nos últimos doze meses se

associou a uma série de dificuldades sexuais (dispareunia, anorgasmia, ansiedade quanto à performance, falta de desejo sexual, problemas de lubrificação e não ter prazer no sexo) (Lau et al., 2006). Um outro estudo numa amostra de conveniência chinesa revelou que maior satisfação sexual se associava a maior frequência de coito e maior frequência de orgasmo no coito, mas não se relacionava com a frequência de sexo não-coital com parceiro nem com a frequência de masturbação; a satisfação sexual também não se relacionava com a frequência de orgasmo durante o sexo não coital com parceiro nem com a frequência de orgasmo através da masturbação (Tao & Brody, 2011).

De forma análoga, numa amostra de conveniência de mulheres portuguesas, a frequência de coito e a frequência de orgasmo através do coito correlacionaram-se com melhor qualidade do relacionamento com o parceiro: mais satisfação, mais intimidade, mais confiança no parceiro, mais paixão e mais amor pelo parceiro (assim como com a pontuação obtida pela soma dos diferentes componentes de qualidade da relação) (Costa & Brody, 2007). Em contraste, nem a pontuação total da escala de qualidade da relação, nem os diferentes componentes, se correlacionaram positivamente com frequência de sexo não coital com parceiro, frequência de orgasmo no sexo não coital com parceiro, frequência de masturbação e frequência de orgasmo pela masturbação (Costa & Brody, 2007). Maior frequência de masturbação e maior frequência de orgasmo pela masturbação até se relacionaram com menos amor pelo parceiro. Estes resultados estão de acordo com obtidos numa amostra finlandesa (neste caso de gémeas), em que se verificou que maior satisfação com relação se associava a maior frequência de coito, mas com menor frequência de masturbação. A frequência de sexo oral e de sexo anal não se associaram à satisfação com o relacionamento (Santtila et al., 2008). Neste mesmo estudo, mais satisfação com o relacionamento também se associou a maior desejo pelo coito e a menor desejo pela masturbação e não se correlacionou com o desejo pelo sexo oral nem com o desejo pelo sexo anal (Santtila et al., 2008).

Todos estes estudos estão em consonância com uma vasta literatura que mostra que coito e a capacidade de atingir o orgasmo pelo coito são os únicos comportamentos sexuais consistentemente associados a variadíssimos indicadores de saúde física e mental (Brody, 2010).

Estes estudos levam a pensar que para avaliar corretamente a função sexual feminina, esta deve ser avaliada especificando o coito, isto é, perguntando acerca dos diversos aspectos do funcionamento sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor) que ocorrem especificamente no coito vaginal. Deste modo, é possível que o grande número de

resultados negativos obtidos na investigação sobre as relações entre o tabagismo e a função sexual feminina seja devido a nunca se ter especificado a função coital. Neste contexto é relevante referir um estudo turco usando o FSFI, em que o funcionamento sexual durante as relações sexuais foi especificado como referindo-se ao funcionamento sexual apenas durante o coito vaginal (Aslan et al., 2008); neste estudo foi verificado que as fumadoras tinham mais probabilidade de ter uma disfunção sexual (Aslan et al., 2008). Assim, a investigação da presente tese visa ultrapassar a limitação metodológica de comumente não se diferenciarem comportamentos sexuais nos estudos que têm examinado as relações entre tabagismo e função sexual feminina.

Referências

- Abu Ali, R. M., Al Hajeri, R. M., Khader, Y. S., Shegem, N. S., & Ajlouni, K. M. (2008). Sexual dysfunction in Jordanian diabetic women. *Diabetes Care*, 31, 1580-1581.
- Amidu, N., Owiredo, W. K., Woode, E., Addai-Mensah, O., Quaye, L., Alhassan, A., & Tagoe, E. A. (2010). Incidence of sexual dysfunction: A prospective survey in Ghanaian females. *Reproductive Biology and Endocrinology : RB&E*, 8, 106.
- APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Edition). Washington DC: American Psychiatric Association (p. 188).
- Argiolas, A. (1999). Neuropeptides and sexual behaviour. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 1127-1142.
- Aslan, E., Beji, N. K., Gungor, I., Kadioglu, A., & Dikencik, B. K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: A study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2044-2052.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *British Journal of Psychiatry*, 196, 440-446.
- Brody, S., & Costa, R. M. (2009). Satisfaction (sexual, life, relationship, and mental health) is associated directly with penile-vaginal intercourse, but inversely with other sexual behavior frequencies. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1947-1954.
- Brody, S., & Weiss, P. (2011a). Simultaneous penile-vaginal intercourse orgasm is associated with satisfaction (sexual, life, partnership, and mental health). *Journal of Sexual Medicine*, 8, 734-741.
- Brody, S., & Weiss, P. (2011b). Heterosexual anal intercourse: Increasing prevalence, and association with sexual dysfunction, bisexual behavior, and venereal disease history. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37, 298-306.
- Burnett, A. L., Calvin, D. C., Silver, R. I., Peppas, D. S., & Docimo, S. G. (1997). Immunohistochemical description of nitric oxide synthase isoforms in human clitoris. *Journal of Urology*, 158, 75-78.
- Burnett, A. L., Lowenstein, C. J., Bredt, D. S., Chang, T. S., & Snyder, S. H. (1992). Nitric oxide: A physiologic mediator of penile erection. *Science*, 257, 401-3.
- Cao, S., Yin, X., Wang, Y., Zhou, H., Song, F., & Lu, Z. (2013). Smoking and risk of erectile dysfunction: Systematic review of observational studies with meta-analysis. *PloS One*, 8, e60443.
- Carlton, S., Jouvent, R., & Widlöcher, D. (1994). Nicotine dependence and motives for

- smoking in depression. *Journal of Substance Abuse*, 6, 67-76.
- Çayan, S., Akbay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urologia Internationalis*, 72, 52-57.
- Christensen, B. S., Grønbaek, M., Pedersen, B. V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in denmark. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1903-1916.
- Comeau, N., Stewart, S. H., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26, 803-825.
- Condra, M., Morales, A., Owen, J. A., Surridge, D. H., & Fenemore, J. (1986). Prevalence and significance of tobacco smoking in impotence. *Urology*, 27, 495-498.
- Corona, G., Bandini, E., Fisher, A., Elisa, M., Boddi, V., Balercia, G., . . . Maggi, M. (2010). Psychobiological correlates of women's sexual interest as perceived by patients with erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2174-2183.
- Costa, R. M., & Brody, S. (2007). Women's relationship quality is associated with specifically penile-vaginal intercourse orgasm and frequency. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33, 319-327.
- D'Amati, G., di Gioia, C. R., Bologna, M., Giordano, D., Giorgi, M., Dolci, S., & Jannini, E. A. (2002). Type 5 phosphodiesterase expression in the human vagina. *Urology*, 60, 191-195.
- Das, A., Parish, W. L., & Laumann, E. O. (2009). Masturbation in urban china. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 108-120.
- El-Seweidy, M. M., Mohamed, H. E., Asker, M. E., & Atteia, H. H. (2012). Nicotine and vascular endothelial dysfunction in female ovariectomized rats: Role of estrogen replacement therapy. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 64, 108-119.
- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., . . . Giugliano, D. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19, 353-357.
- Erhardt, L. (2009). Cigarette smoking: An undertreated risk factor for cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 205, 23-32.
- Esposito, K., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Giugliano, F., Romano, M., & Giugliano, D. (2010). Determinants of female sexual dysfunction in type 2 diabetes. *International Journal of Impotence Research*, 22, 179-84.
- Gerressu, M., Mercer, C. H., Graham, C. A., Wellings, K., & Johnson, A. M. (2008).

- Prevalence of masturbation and associated factors in a British national probability survey. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 266-278.
- Gilbert, D. G., Hagen, R. L., & D'Agostino, J. A. (1986). The effects of cigarette smoking on human sexual potency. *Addictive Behaviors*, 11, 431-434.
- Gillman, M. A., & Lichtigfeld, F. J. (1983). The effects of nitrous oxide and naloxone on orgasm in human females: A preliminary report. *Journal of Sex Research*, 19, 49-57.
- Guay, A. T., Perez, J. B., & Heatley, G. J. (1998). Cessation of smoking rapidly decreases erectile dysfunction. *Endocrine Practice : Official Journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 4, 23-26.
- Gudehithlu, K. P., Duchemin, A. M., Tejwani, G. A., Neff, N. H., & Hadjiconstantinou, M. (2012). Nicotine-induced changes of brain β -endorphin. *Neuropeptides*, 46, 125-131.
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008a). Acute effects of nicotine on physiological and subjective sexual arousal in nonsmoking men: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 110-221.
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2008b). The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1184-1197.
- Harte, C. B., & Meston, C. M. (2012). Association between smoking cessation and sexual health in men. *BJU International*, 109, 888-896.
- Herning, R. I., Jones, R. T., Benowitz, N. L., & Mines, A. H. (1983). How a cigarette is smoked determines blood nicotine levels. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 33, 84-90.
- Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge: Inquérito Nacional de Saúde, 2005–2006. Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; 2009. Retrieved 14:43, Maio 26, 2013, from http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf
- Juenemann, K. P., Lue, T. F., Luo, J. A., Benowitz, N. L., Abozeid, M., & Tanagho, E. A. (1987). The effect of cigarette smoking on penile erection. *The Journal of Urology*, 138, 438-441.
- Kim, N., Azadzo, K. M., Goldstein, I., & Saenz de Tejada, I. (1991). A nitric oxide-like factor mediates nonadrenergic-noncholinergic neurogenic relaxation of penile corpus cavernosum smooth muscle. *Journal of Clinical Investigation*, 88, 112-118.
- Kim, S. W., Jeong, S. J., Munarriz, R., Kim, N. N., Goldstein, I., & Traish, A. M. (2003).

- Role of the nitric oxide-cyclic GMP pathway in regulation of vaginal blood flow. *International Journal of Impotence Research*, 15, 355-361.
- Kim, Y. H., Kim, S. M., Kim, J. J., Cho, I. S., & Jeon, M. J. (2011). Does metabolic syndrome impair sexual function in middle- to old-aged women? *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1123-1130.
- Lau, J. T., Cheng, Y., Wang, Q., & Yang, X. (2006). Prevalence and correlates of sexual dysfunction among young adult married women in rural China: A population-based study. *International Journal of Impotence Research*, 18, 89-97.
- Leonard, L. M., Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual functioning and sexual satisfaction among women who report a history of childhood and/or adolescent sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 375-84.
- Lutfey, K. E., Link, C. L., Rosen, R. C., Wiegel, M., & McKinlay, J. B. (2009). Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: Results from the Boston area community health (BACH) survey. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 514-527.
- Madioni, F., & Mammana, L. A. (2001). Toronto alexithymia scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*, 34, 95-98.
- Moreira, E. D., Kim, S. C., Glasser, D., & Gingell, C. (2006). Sexual activity, prevalence of sexual problems, and associated help-seeking patterns in men and women aged 40-80 years in Korea: Data from the global study of sexual attitudes and behaviors (GSSAB). *Journal of Sexual Medicine*, 3, 201-211.
- Murphy, M. R., Checkley, S. A., Seckl, J. R., & Lightman, S. L. (1990). Naloxone inhibits oxytocin release at orgasm in man. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 71, 1056-1058.
- Nowosielski, K., Wróbel, B., Sioma-Markowska, U., & Poręba, R. (2013). Sexual dysfunction and distress-development of a Polish version of the female sexual distress scale-revised. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 1304-1312.
- Nutter, D. E., & Condrón, M. K. (1983). Sexual fantasy and activity patterns of females with inhibited sexual desire versus normal controls. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 9, 276-282.
- Parra-Gámez, L., García-Hidalgo, A., & Paredes, R. G. (2013). Infusion of endomorphin-1 (EM-1) in the MPOA and the me modulate sexual and socio-sexual behavior in the male rat. *Brain Research*, 157, 36-43.
- Petruzzello, F., Falasca, S., Andren, P. E., Rainer, G., & Zhang, X. (2013). Chronic nicotine treatment impacts the regulation of opioid and non-opioid peptides in the rat dorsal striatum. *Molecular & Cellular Proteomics : MCP*. doi:10.1074/mcp.M112.024828.

- Pfaus, J. G. (2009). Pathways of sexual desire. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1506-33.
- Pittilo, R. M. (2000). Cigarette smoking, endothelial injury and cardiovascular disease. *International Journal of Experimental Pathology*, 81, 219-230.
- Pomerleau, O. F. (1992). Nicotine and the central nervous system: Biobehavioral effects of cigarette smoking. *American Journal of Medicine*, 93, 2S-7S.
- Ponholzer, A., Roehlich, M., Racz, U., Temml, C., & Madersbacher, S. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy austrian cohort: Prevalence and risk factors. *European Urology*, 47, 366-374; discussion 374-375.
- Rellini, A. H., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2010). Emotional dysregulation: Concurrent relation to sexual problems among trauma-exposed adult cigarette smokers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36, 137-153.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., . . . D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rosen, R. C., & McKenna, K. E. (2002). PDE-5 inhibition and sexual response: Pharmacological mechanisms and clinical outcomes. *Annual Review of Sex Research*, 13, 36-88.
- Safarinejad, M. R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 18, 382-395.
- Santtila, P., Wager, I., Witting, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., . . . Sandnabba, N. K. (2008). Discrepancies between sexual desire and sexual activity: Gender differences and associations with relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 29-42.
- Sartori, C., Lepori, M., & Scherrer, U. (2005). Interaction between nitric oxide and the cholinergic and sympathetic nervous system in cardiovascular control in humans. *Pharmacology & Therapeutics*, 106, 209-220.
- Sasco, A. J., Secretan, M. B., & Straif, K. (2004). Tobacco smoking and cancer: A brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cance*, 45 (Suppl 2), S3-S9.
- Shabsigh, R., Fishman, I. J., Schum, C., & Dunn, J. K. (1991). Cigarette smoking and other vascular risk factors in vasculogenic impotence. *Urology*, 38, 227-231.
- Shaeer, O., Shaeer, K., & Shaeer, E. (2012). The global online sexuality survey (GOSS): Female sexual dysfunction among internet users in the reproductive age group in the Middle East. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 411-424.

- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification, 26*, 274-96.
- Tao, P., & Brody, S. (2011). Sexual behavior predictors of satisfaction in a Chinese sample. *Journal of Sexual Medicine, 8*, 455-460.
- Wallwiener, C. W., Wallwiener, L. M., Seeger, H., Mück, A. O., Bitzer, J., & Wallwiener, M. (2010). Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 2139-2148.
- Weiss, P., & Brody, S. (2009). Female sexual arousal disorder with and without a distress criterion: Prevalence and correlates in a representative Czech sample. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 3385-3394.
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*, 1-20.

Anexo 2

Questionários

Idade: _____

Habilitações literárias (nível mais alto atingido):

- ☐ Sem estudos
- ☐ 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)
- ☐ 2º Ciclo (5º e 6º ano)
- ☐ 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (10º, 11º, 12º)
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós Licenciatura
- ☐ Outros estudos (por favor, especifique _____)

Profissão/ ocupação

- ☐ Ativa
- ☐ Desempregada
- ☐ Reformada
- ☐ Estudante

Rendimento médio anual bruto:

- ☐ Menos de 5.000€
- ☐ Entre 5.000€ e 12.000€
- ☐ Entre 12.000€ e 18.000€
- ☐ Entre 18.000€ e 24.000€
- ☐ Mais de 24.000€

Origem ou etnia:

- ☐ Caucasiana/ branca
- ☐ Negra
- ☐ Asiática
- ☐ Latino-americana
- ☐ Outra

Zona de residência atual:

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Sul
- ☐ Açores
- ☐ Madeira

Meio:

- ☐ Rural
- ☐ Urbano

Estado civil:

- ☐ Casada ou em união de facto
- ☐ Solteira
- ☐ Viúva
- ☐ Separada ou divorciada

Das seguintes opções, qual é a que melhor descreve a sua sexualidade?

- ☐ Só com o sexo oposto
- ☐ Principalmente com o sexo oposto
- ☐ Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo
- ☐ Principalmente com o mesmo sexo
- ☐ Só com o mesmo sexo

Tem parceiro sexual regular?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, há quanto tempo dura a relação com o seu parceiro atual?

_____ anos e _____ meses

Especifique, por favor, o tipo de relação com o seu parceiro atual (assinale uma ou mais opções):

- ☐ Marital
- ☐ União de facto
- ☐ Namoro
- ☐ Coabitação
- ☐ Outra (por favor, especifique? _____)

Idade do parceiro: _____

Fuma?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se respondeu não, passe á próxima página.

1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?

- ☐ ≤ 5 minutos
- ☐ 6-30 minutos
- ☐ 31-60 minutos
- ☐ > 60 minutos

2. Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?

- ☐ O primeiro da manhã
- ☐ Qualquer outro

4. Quantos cigarros fuma por dia?

- ☐ 10 ou menos
- ☐ 11-20
- ☐ 21-30
- ☐ 31 ou mais

5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia?

- ☐ Nas primeiras horas depois de acordar
- ☐ No resto do dia

6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Selecione aquela ou aquelas afirmações que melhor a descrevem:

- ☐ Raramente ou nunca bebo álcool antes de ter relações sexuais
- ☐ Bebo uma ou duas (mas não mais) bebidas, às vezes (mas não a maioria das vezes), antes de ter relações sexuais
- ☐ Bebo uma ou duas (mas não mais) bebidas, a maioria das vezes, antes de ter relações sexuais
- ☐ Bebo três ou mais bebidas, às vezes (mas não a maioria das vezes), antes de ter relações sexuais
- ☐ Bebo três ou mais bebidas, a maioria das vezes, antes de ter relações sexuais
- ☐ Embriago-me um pouco, às vezes (mas não a maioria das vezes) antes de ter relações sexuais
- ☐ Embriago-me um pouco, a maioria das vezes, antes de ter relações sexuais

Selecione uma opção:

- ☐ Estou a tomar medicamentos antidepressivos
- ☐ Não estou a tomar medicamentos antidepressivos

Selecione uma opção:

- ☐ Estou a usar anticonceptivos hormonais
São contraceptivos orais?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
- ☐ Não estou a usar anticonceptivos hormonais

Selecione uma opção:

- ☐ Não estou na menopausa
- ☐ Estou na menopausa

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se **SENTIU NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Coloque uma cruz na afirmação que mais se adequa á sua situação. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.

- ☐ Não me sinto triste
- ☐ Sinto-me triste
- ☐ Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo
- ☐ Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2.

- ☐ Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro
- ☐ Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro
- ☐ Sinto que não tenho nada a esperar
- ☐ Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar

3.

- ☐ Não me sinto fracassado(a)
- ☐ Sinto que falhei mais que um indivíduo médio
- ☐ Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos
- ☐ Sinto que sou um completo fracasso

4.

- ☐ Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes
- ☐ Não tenho satisfação nas coisas como costumava ter
- ☐ Não consigo sentir verdadeira satisfação com coisa alguma
- ☐ Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo

5.

- ☐ Não me sinto particularmente culpado(a)
- ☐ Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo
- ☐ Sinto-me bastante culpado(a) grande parte do tempo
- ☐ Sinto-me culpado(a) o tempo todo

6.

- ☐ Não sinto que esteja a ser punido(a)
- ☐ Sinto que posso ser punido(a)
- ☐ Sinto que mereço ser punido(a)
- ☐ Sinto que estou a ser punido(a)

7.

- ☐ Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a)
- ☐ Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a)
- ☐ Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a)
- ☐ Eu odeio-me

8.

- ☐ Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa
- ☐ Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros
- ☐ Culpo-me constantemente pelas minhas faltas
- ☐ Culpo-me de todas as coisas más que acontecem

- 9.
- ☐ Não tenho qualquer ideia de me matar
 - ☐ Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar
 - ☐ Gostaria de me matar
 - ☐ Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade
- 10.
- ☐ Não costumo chorar mais do que o habitual
 - ☐ Choro mais agora do que costumava fazer
 - ☐ Atualmente, choro o tempo todo
 - ☐ Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira
- 11.
- ☐ Não me irrito mais agora do que costumava
 - ☐ Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
 - ☐ Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a)
 - ☐ Já não consigo ficar irritado(a) com coisas que antes me irritavam
- 12.
- ☐ Não perdi o interesse nas outras pessoas
 - ☐ Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
 - ☐ Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
 - ☐ Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas
- 13.
- ☐ Tomo decisões tão bem como antes
 - ☐ Adio as minhas decisões mais do que costumava
 - ☐ Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
 - ☐ Já não consigo tomar qualquer decisão
- 14.
- ☐ Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser
 - ☐ Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente
 - ☐ Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente
 - ☐ Considero-me feio(a)
- 15.
- ☐ Sou capaz de trabalhar tão bem como antes
 - ☐ Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
 - ☐ Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa
 - ☐ Não consigo fazer nenhum trabalho
- 16.
- ☐ Durmo tão bem como habitualmente
 - ☐ Não durmo tão bem como costumava
 - ☐ Acordo 1 ou 2 horas mais cedo do que era habitual e tenho dificuldades em voltar a adormecer
 - ☐ Acordo muitas horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
- 17.
- ☐ Não fico mais cansado(a) do que é habitual
 - ☐ Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes

- ☐ Fico cansado(a) ao fazer quase tudo
- ☐ Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa

18.

- ☐ O meu apetite é o mesmo de sempre
- ☐ Não tenho tanto apetite como costumava ter
- ☐ O meu apetite, agora, está muito pior
- ☐ Perdi completamente o apetite

19.

- ☐ Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
- ☐ Perdi mais de 2,5 kg
- ☐ Perdi mais de 5 kg
- ☐ Perdi mais de 7,5 kg

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos:

- ☐ Sim
- ☐ Não

20.

- ☐ A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- ☐ Preocupo-me com problemas físicos, como dores de cabeça e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre
- ☐ Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa
- ☐ Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer coisa

21.

- ☐ Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual
- ☐ Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava
- ☐ Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual
- ☐ Perdi completamente o interesse na vida sexual

Tendo em conta as últimas quatro semanas, coloque uma cruz na resposta que mais se adequa á sua situação. (Por favor, para cada questão assinale apenas uma resposta)

1. Nas últimas quatro semanas, com que **frequência** sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas quatro semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado

- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

3. Nas últimas quatro semanas, com que **frequência** se sentiu sexualmente excitada durante qualquer atividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas quatro semanas, como classifica o seu **nível** de excitação sexual durante qualquer atividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

5. Nas últimas quatro semanas, qual a sua **confiança** em conseguir excitar-se durante qualquer atividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Confiança muito elevada
- ☐ Confiança elevada
- ☐ Confiança moderada
- ☐ Confiança baixa
- ☐ Confiança muito baixa ou nenhuma

6. Nas últimas quatro semanas, com que **frequência** se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer atividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas quatro semanas, com que **frequência** ficou lubrificada (molhada) durante qualquer atividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas quatro semanas, qual a **dificuldade** que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer atividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

9. Nas últimas quatro semanas, com que **frequência** manteve a sua lubrificação até ao fim da atividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas quatro semanas, qual a **dificuldade** que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer atividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

11. Nas últimas quatro semanas, quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que **frequência** atingiu o orgasmo (clímax)?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas quatro semanas, quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, qual a **dificuldade** que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil

☐ Nenhuma dificuldade

13. Nas últimas quatro semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer atividade sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

14. Nas últimas quatro semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com o grau de proximidade emocional entre si e o/ seu/sua parceiro/a durante a atividade sexual?

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15. Nas últimas quatro semanas, qual o seu nível de **satisfação** com o relacionamento sexual que mantém com o/a seu/sua parceiro/a?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16. Nas últimas quatro semanas, qual o seu nível de **satisfação** com a sua vida sexual em geral?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

17. Nas últimas quatro semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- ☐ Não tive penetração vaginal
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas quatro semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- ☐ Não tive penetração vaginal
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas quatro semanas, como classificaria o seu **nível** de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- ☐ Não tive penetração vaginal
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

Este questionário tem perguntas semelhantes ao anterior; contudo, difere em que especifica o seu desejo por, ou funcionamento sexual durante, o coito (penetração do pénis na vagina). Responda, tendo em mente este comportamento sexual em particular.

Tendo em conta as últimas quatro semanas, coloque uma cruz na resposta que mais se adequa á sua situação. (Por favor, para cada questão assinale apenas uma resposta)

1. Com que **frequência** sentiu desejo por praticar o coito (pénis na vagina)?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2. Como classificaria o seu **nível** de desejo por praticar o coito?

- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

3. Com que **frequência** se sentiu sexualmente excitada durante o coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

4. Como classificaria o seu **nível** (grau) de excitação sexual durante o coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou nenhum

5. Qual a sua **confiança** em conseguir excitar-se durante o coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Confiança muito elevada
- ☐ Confiança elevada
- ☐ Confiança moderada
- ☐ Confiança baixa
- ☐ Confiança muito baixa ou nenhuma

6. Com que **frequência** se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante o coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

7. Com que **frequência** ficou lubrificada (molhada) durante o coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

8. Qual a **difículdade** que teve em ficar lubrificada (molhada) durante o coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

9. Com que **frequência** manteve a sua lubrificação até ao fim do coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Quase sempre/sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)

- ☐ Quase nunca ou nunca

10. Qual a **difficuldade** que teve em manter a sua lubrificação (estar molhada) até ao fim do coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

11. Com que **frequência** atingiu o orgasmo (clímax), através do coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca

12. Qual a **difficuldade** que teve em atingir o orgasmo (clímax), através do coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) através do coito?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

Durante o coito, o seu parceiro usou preservativo?

- ☐ Não pratiquei o coito
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca ou nunca